

Tehokkuustavoite päihdeongelmaisten hoidossa

Suomalaisessa 80-luvun yhteiskunnassa alkoholi on lähes jokaiselle murrosiän ohittaneelle omakoh-
taisesti tuttu päihde. Samalla kun juominen on
arkipäiväistynyt ja demokratisoitunut, asenteet al-
koholin ongelmakäyttäjää kohtaan ovat koventu-
neet. Ehdotonta raittiutta ei edellytetä enää rait-
tiussihteereiltäkään, alkoholisteilta sen sijaan
kyllä.

Päihdehuollon osana on ollut ottaa vastaan nuh-
teita tehostommuudesta ja vaatimuksia kovemmista
otteista juoppoja käsiteltäessä. Pakkotoimista pal-
velun suuntaan kehittynyt päihdehuolto on joutu-
nut arvioimaan tilaansa uudelleen. Paine tuottaa
yhteiskunnalle tehokkaita työntekijöitä ja harmit-
tomia työttömiä on voimakas. Tämä paine voi kui-
tenkin johtaa helposti hoitotyön inhimillisten, hu-
manististen lähtökohtien hämärtymiseen ja pyrki-
mykseen täyttää sosiaalinen tilaustyö. Hoitotoi-
mien tehostamistavoitteiden rinnalla onkin jatku-
vasti tarkasteltava sitä ihmiskuvaa, johon käytetyt
menetelmät perustuvat.

Mihin rima asetetaan?

Mikäli alkoholistiksi leimautunut ihminen ei hoi-
toa saatuaan lopeta juomistaan ehdottomasti ja lo-
pullisesti, hoitoa pidetään tavallisesti epäonnistu-
neena. Pidentyneet raittiit kaudet ja elämän suju-
minen edes vähän paremmin kuin ennen hoitoa
jäävät hoitotuloksina huomaamatta tuijotettaessa
pelkästään juomisen jatkumiseen. Taustalla on
olettaus, että koska alkoholisti ei pysty juomaan
kohtuullisesti, juomisoireen esiintyminen on aina
paluuta hallitsemattomaan juomiseen.

Päihdeongelmaisten hoitotyön tavoitteiksi asete-
taan usein *ongelmien korjaaminen, asiakkaan tilan
parantaminen* jollekin aikaisemmalle, juomista
edeltäneelle haitattomalle tasolle. Käytännössä tä-
hän liitetään yleensä ehdottoman raittiuden vaati-
mus. Mikäli "parantamisessa" ei onnistuta, *päihde-
ongelmia on pyrittävä lievittämään* ja niihin liitty-
viä haittoja vähentämään. Nämä tavoitteet yleisesti

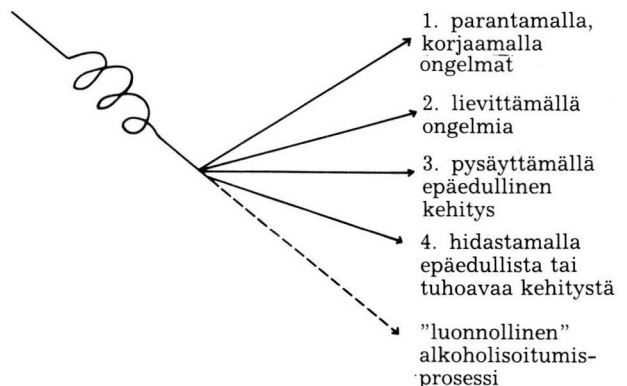
ilmaistuina ovat hyvin inhimillisiä ja — mikäli nii-
den saavuttamisessa onnistutaan — myös hoitotyön
tehokkuusvaatimusten suuntaisia.

Tehokkuutta korostavan ja inhimillisestä autta-
mistryöstä kumpuavien lähestymistapojen ero tulee
selvemmin esiin silloin, kun edellä mainitut ideaa-
litavoitteet osoittautuvat ylimitoitetuiksi. Jos ihmi-
nen on juomassa itsensä hengiltä tai jos alkoholisi-
mia pidetään luonteeltaan etenevänä, vaikeana sai-
rautena, toisenlainen tavoitteenasettelu voi olla
tarpeen. Ilman toimenpiteitä todennäköisesti vai-
keutuvan tilanteen *etenemisen pysäyttäminen* tai
jopa *etenemisen hidastaminen* ovat tavoitteita, joi-
den saavuttamista ei ehkä edes havaita. Ne eivät ole
erityisen tehokkaita omaksuttujen ihannetavoittei-
den kannalta, mutta kylläkin hyvin humanistisia ja
inhimillisiä monissa elämäntilanteissa.

Viimeksi mainitut tavoiteasettelut selkiintyvät
verrattaessa alkoholismia johonkin vaikeaan sai-
rauteen, johon ei liity vastaavia moraalisia arvos-
tuksia. Syöpäsairauden etenemisen pysäyttämistä
tai hidastamista pidetään yleisesti hoidon kannalta
menestyksenä ja erityisesti inhimillisesti arvokka-
ana, elämää suojelevana toimintana.

Alkoholismin etenemisen pysäyttäminen ja hi-

Kuvio 1. Terapian vaikutusvaihtoehdot



dastaminen eivät toki ole tavoitteina aina riittäviä, mutta monesti realistisia. Käytännössä nämä tavoitteet tulevat usein kyseeseen vaikeasti alkoholi-soituneiden ihmisten kohdalla, jotka tarvitsisivat hyvinkin monipuolisia kuntoutus- ja hoitopalveluja.

Monet päihdehuollon työntekijät ja vapaaehtoiset tekevät päivästä toiseen työtä, jota ei juurikaan arvosteta. He pyrkivät autettaviensa elämän säilyttämiseen ja toivon ylläpitämiseen. Heidän auttamistaan ihmisistä ei yleensä tule yhteiskunnan tehopakkauksia, ei edes omillaan toimeen tulevia kansalaisia. Silti joku aina selviää paremman elämän alkuun, ja vaikka ei selviäisikään — mitä sitten? Onko työ turhaa?

Tunnumme edelleen kovin heikosti niitä säännönmukaisuuksia, jotka liittyvät päihdeongelmaisten toipumiseen. Tiedämme, että sellaiset aineelliset ja henkiset tukitoimet, jotka saavat alkoholistin tuntemaan itsensä edes jossain määrin ihmisarvoiseksi olennoksi, voivat vaikuttaa merkittävämmän toipumisen maaperänä. Sen sijaan niitä yksilöllisiä kokemuksia, jotka viime kädessä aiheuttavat käänteen ihmisen elämässä, on vaikeata ellei mahdotonta ennakoida.

Niin kauan kun emme tarkoin tunne alkoholismista toipumisen ja raitistumiseen liittyvien ilmiöiden lainmukaisuuksia, mikään eikä missään vaiheessa tapahtuva alkoholi-ongelmaisen ihmisen auttamistyö ei ole turhaa eikä merkityksetöntä.

Yksiulotteinen vai moniulotteinen alkoholismi

Alkoholismi on perinteisesti nähty varsin yksiulotteisena sairautena tai oireyhtymänä, jolla on suhteellisen säännönmukainen kehityskulku ja josta kärsivät ihmiset, alkoholistit, muodostavat yhtenäisen ryhmän. Vastakkaisen näkemyksen mukaan alkoholi-ongelmaiset ihmiset ovat perusluonteeltaan ja taustaltaan keskenään hyvinkin erilaisia, alkoholi-soitumisen taustalla on monia syitä ja motiiveja, mutta monimuotoisuus peittyy yhteisen, näkyvän päihdeoireen taakse. Vastakkaisista näkemyksistä on seurauksena myös toisistaan poikkeava asennoituminen hoito- ja huoltotoimiin.

Alkoholismin yksiulotteisuutta korostava ajattelutapa päättyy myös hoitotoimien kannalta yksioikoiseen kysymyksenasetteluun: Mikä toimintamuoto on tehokkain alkoholismin hoidossa? Lähtökohta heijastuu niin ikään tutkimusasetelmissa. Pyritään luomaan kokeellinen tutkimusasetelma umpimähkäisen otannan avulla, jaetaan alkoholistit keskenään samanlaisiin ryhmiin, annetaan kullekin ryhmälle erilaista hoitoa tai jätetään jokin ryhmä hoidon ulkopuolelle. Lopulta tutkitaan, mi-

kä ryhmä on raitistunut parhaiten. Tämän ryhmän saamaa käsittelyä pidetään sitten tehokkaimpana alkoholismin hoitomuotona.

Kokeelliset vertailututkimukset saattavat tuoda esiin hyvinkin hyödyllistä tietoa. Niiden toteuttamiseen liittyy kuitenkin monenlaisia menetelmällisiä, eettisiä ja käytännöllisiä ongelmia.

Moniulotteisesta alkoholismikäsitelmästä seuraa erilainen kysymyksenasettelu. Hedelmällisempää kuin jonkin hoito-ohjelman osoittaminen muita tehokkaammaksi alkoholi-ongelmaisten hoidossa yleensä olisi tutkia, millaiset toimenpiteet olisivat soveltuvimpia taustaltaan ja luonteeltaan erilaisille ongelmajoukkojen ryhmille.

Moniulotteisesta alkoholismikäsitelmästä seuraa, että hoitotyön tasolla on tarvetta laaja-alaisen ja monipuolisten kuntoutuspalvelujen kehittämiseen. Alkoholi-ongelmaisten muodostaessa luonteeltaan heterogeenisen ryhmän ja hakeutuessa palvelujen piiriin eri vaiheissa ja vaihtelevin perustein päihdehuollon kokonaisuuden olisi muodostuttava laajasta toimenpiteiden ja palvelujen kirjosta. Sopivien hoito- ja tukitoimien valinta voi perustua työntekijöiden arvioihin, tutkimustietoon tai ongelmaisen omaan ratkaisuun. Edistymiseen ja toipumiseen johtavan punaisen langan pää voi löytyä eri yksilöiden kohdalla eri suunnilta, ja tästä päihdelabyrinthista voi johtaa ulos useita teitä.

Punaisen langan päättä on todella etsitty eri puolilta varsinaisen vyyhden selvittämiseksi. Tällainen toimintataktiikka on käsittääkseni hapuilustaan huolimatta käyttökelpoinen ja antaa mahdollisuuden toimia laajalla sektorilla.

Erotan seuraavassa kolme eri asioita painottavaa päihdetyön toimintamallia: oirekeskeisen, syykeskeisen ja kompensatorisen mallin. Näitä malleja luovasti yhdistelemällä voidaan edelleen kehittää uusia sovelluksia ja hoitokokeiluja.

Oirekeskeiselle mallille on ominaista keskittyminen päihdeiden käyttöön sinänsä tavoitteena käytöstä pidättäytyminen tai mahdollisesti sen hallintaan saattaminen. Hoidossa keskitytään erilaisiin keinoihin välttää houkutusta juoda. Alkoholista sinänsä keskustellaan paljon, sen käyttö ja käyttä-mättömyys ovat hoidon aihe, sen kohde. Raittius on useimmiten tavoite sinänsä, mutta sillä voidaan nähdä myös välineellinen arvo: riittävän pitkät raittiit kaudet ovat välttämätön ehto minkä tahansa myönteisen elämänkehityksen kannalta.

Syykeskeinen malli keskittää huomionsa päihdeoireen oletettuihin aiheuttajiin ja näkee juomiseen tai oireeseen keskittymisen pinnallisena ratkaisuna. Syyt voidaan puolestaan nähdä yksilön sisäisinä, mahdollisesti lapsuudesta peräisin olevina risti-riitoina, tai sitten syyt voivat painottua yksilön

sosiaalisiin suhteisiin ja edelleen yksilön ulkopuolella oleviin konkreettisiin olosuhteisiin. Tämän mallin mukaan toimittaessa juomisen syyt pyritään mahdollisuuksien mukaan poistamaan itse oireen käydessä tarpeettomaksi. Toimenpidesovellukset muodostuvat luonnollisesti hyvin vaihteleviksi sen mukaan, nähdäänkö syyt voittopuolisesti yksilön sisällä vai hänen ulkopuolellaan ja missä määrin hänen katsotaan olevan itse vastuussa niiden synnystä ja poistamisesta.

Kompensatorinen malli pyrkii antamaan vastauksen kysymykseen: mitä viinan tilalle? Syiden ja oireen sijasta yritetään keskittyä juomiselle vaihtoehtojen harrastusten ja elämäntapojen kehittämiseen. Supistuneen ja alkoholikeskeisen elämäntapojen laajentaminen, monipuolistaminen ja saattaminen päihteiden käytöstä riippumattomaksi on tämän toimintamallin keskeinen ajatus. Pyrkimyksenä voi olla sosiaalisen kentän laajentaminen, uusien merkittävien elämysten kokeminen, toimintojen ja elämäntaitojen kehittäminen. Ilmaisulliset, luovat ja toiminnalliset hoitomuodot edustavat puhtaimmillaan kompensatorista lähestymistapaa.

Ilkka Halonen

Alkoholin ja psyykenlääkkeiden kulutuksen suhteista

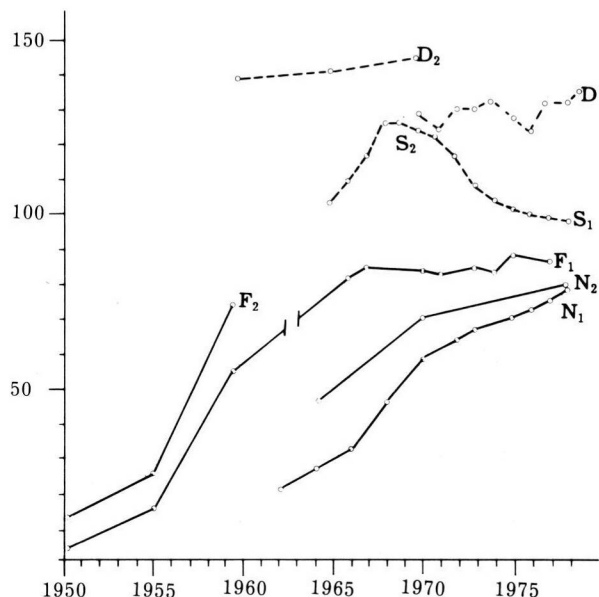
Pohjoismaisen tutkijaryhmä (Bruun & al. 1982) on eritellyt psyykenlääkkeiden kulutuksen kehitystä ja päätyntä suositukseen, jonka mukaan kulutuksen tasoa olisi pyrittävä laskemaan. Kommentteissa on esitetty väittämiä siitä, mitä tapahtuisi, jos suositusta menestyksellisesti noudatettaisiin. Juhana Idänpään-Heikkilä, lääkintöhallituksen keskeisiä lääkekontrollin virkamiehiä, on suullisesti useaan otteeseen otaksunut, että psyykenlääkkeiden kulutuksen lasku saattaisi aiheuttaa alkoholin kulutuksen nousua. Suomen lääkirlehdien päätoimittaja Ilkka Vartiovaara toistaa Helsingin Sanomissa (5. 5. 82) tämän oletuksen miltei tieteellisenä totuutena. Ruotsin lääketeollisuusyhdistyksen puheenjohtaja Lars Werkö kritisoi suositusta Svenska Läkartidningenissä (14/1982) ja jatkaa, että ihmisen on riskittömämpää käyttää arkipäivän huoliin Valiumia tai Libriumia¹ kuin alkoholia. Kaikki kolme siis suhtautuvat varauksellisesti psyykenlääkkeiden kulutustason alentamispolitiikkaan; vain Werkö virittää keskustelua myös käyttötarkoituksesta.

¹Paljon käytettyjä bentsodiatsepiinien ryhmään kuuluvia psyykenlääkkeitä.

Ensinnäkin Pohjoismaissa alkoholin ja psyykenlääkkeiden kulutuskäyrien välillä ei puheena olevana ajanjaksona (lähinnä 1960-luvulta vuoteen 1977) ole negatiivista korrelaatiota (kuviot 1 ja 2). Väittämää ei siis tue kokemusperäinen tieto. Oletamus on vähintäänkin outo, kun ottaa huomioon, että valtaosa alkoholin käytöstä tapahtuu sosiaalisissa tilanteissa, kun taas lääkkeiden käyttö on yksityistä. Tämä ei tietenkään estä sitä, etteikö joissakin alaryhmissä voisi tapahtua siirtymiä psyykenlääkkeistä alkoholiin. Yleiskehitys lienee kuitenkin ollut se, että psyykenlääkkeitä on ryhdytty käyttämään alkoholin ohella: alkoholin kulutuksen nousu 1950- ja 1960-luvulla on pientä verrattuna psyykenlääkkeiden valtavaan kulutuksen nousuun.

Toiseksi tuntuvat Werkö ja edellä mainitut suomalaiset olevan eri kannalla psyykenlääkkeiden käyttötarkoituksesta. Psyykenlääkkeitähän ei saa kuin lääkärin reseptillä, ja siksi suomalaiset usein tähdentävät, että muu kuin lääkinnällinen käyttö

Kuvio 1. Psyykenlääkkeiden kulutus Pohjoismaissa laskettuna DDD:nä tuhatta asukasta ja päivää kohti



D = Tanska, F = Suomi, N = Norja, S = Ruotsi

Käyrät F₂ ja N₂ sisältävät sellaista apteekkituotantoa, jota ei ole käyriä F₁ ja N₁ otettu huomioon. Käyrä D₂ perustuu Tanskan lääkintöhallituksen keräämiin tietoihin.

Lähde: Bruun & al. 1982, 101; samassa lähteessä määritellään myös käytetyt käsitteet.